


伊丹市立伊丹特別支援学校長 様

臨時与薬依頼書、薬剤・栄養剤変更届

依頼内容について、レ点を記入し、表に内容をご記入下さい。

臨時薬 変更 中止

裏面を確認の上、必要時お薬手帳のコピーとお薬を提出して下さい。



	期間	薬品名	形状・1回量	与薬時間	与薬方法(飲ませ方等)	処方日
<input type="checkbox"/> 内服	例 4/6~ 4/8	ムコダイン錠 500mg	顆粒・1包	昼食後	少量の水に溶き口に入れる	4/5
<input type="checkbox"/> 外用薬						
<input type="checkbox"/> 栄養剤 水分						
その他	<注意事項・副作用等>					

上記の内容について、依頼します。薬には名前を明記し、お薬手帳のコピーを添えて提出します。このことについては、主治医に確認済みです。市販薬につきましては、保護者の責任で依頼します。
令和 年 月 日

(小・中・高) 年 名前 _____ 保護者名 _____ (印)


伊丹市立伊丹特別支援学校長 様

臨時与薬依頼書、薬剤・栄養剤変更届

依頼内容について、レ点を記入し、表に内容をご記入下さい。

臨時薬 変更 中止

裏面を確認の上、必要時お薬手帳のコピーとお薬を提出して下さい。



	期間	薬品名	形状・1回量	与薬時間	与薬方法(飲ませ方等)	処方日
<input type="checkbox"/> 内服	例 4/6~ 4/8	ムコダイン錠 500mg	顆粒・1包	昼食後	少量の水に溶き口に入れる	4/5
<input type="checkbox"/> 外用薬						
<input type="checkbox"/> 栄養剤 水分						
その他	<注意事項・副作用等>					

上記の内容について、依頼します。薬には名前を明記し、お薬手帳のコピーを添えて提出します。このことについては、主治医に確認済みです。市販薬につきましては、保護者の責任で依頼します。
令和 年 月 日

(小・中・高) 年 名前 _____ 保護者名 _____ (印)